M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

---

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

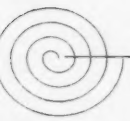
# Réseau de services intégrés

aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie

## Sommaire exécutif

**Juin 1999**

Coordination du maintien de l'intégration
Direction régionale des programmes



**Adopté par le conseil d'administration le 16 juin 1999**

**ISBN 2-89547-005-7**

Dépôt légal 4e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

106-00103/

*La forme masculine utilisée dans ce texte désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.*

# PRÉAMBULE

Le présent document est le fruit de la réflexion d'un nombre important d'intervenants et de gestionnaires de notre région. Sous l'égide du comité aviseur composé des présidents des comités de coordination de chacun des territoires de CLSC et de représentants de la Régie régionale, ces derniers ont formulé une programmation de services et une structure qui permettent d'améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

Les membres du comité aviseur sont :

M. Germain Beauséjour
Arthur-Buies

M. André C. Desautels
Thérèse-de-Blainville / Jean-Olivier-Chénier

M^me^ Jacqueline Gagnon
Pays-d'en-Haut / Trois Vallées

M^me^ Suzanne Gougeon
Argenteuil

M. Gilles Huberdeau
Hautes-Laurentides

Nos sincères remerciements vont donc à toutes les personnes qui ont participé aux différents comités de travail sur l'une ou l'autre des composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie. Nous retrouverons leurs noms au début de chacune des annexes du présent document.

Cet important travail réalisé durant les deux dernières années a permis de mener de front la conceptualisation d'un modèle de services ainsi que la description de chacune des composantes de ce modèle et du processus d'implantation.

# TABLE DES MATIÈRES

Page

Liste des abréviations

Préambule

Introduction

1. Contexte ..... 1

2. Principes directeurs ..... 1

3. Définition du réseau de services intégrés ..... 2

4. Objectifs du réseau de services intégrés ..... 3

5. Clientèle visée ..... 3

6. Modèle d'organisation du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie ..... 6
   6.1 Mécanismes de coordination du réseau de services intégrés ..... 8
   6.2 Conditions de succès ..... 12

7. Gamme essentielle de services ..... 12
   7.1 Services généraux offerts à l'ensemble de la population ..... 13
   7.2 Services spécifiques offerts dans le cadre du réseau de services intégrés ..... 15
      7.2.1 Services de support dans le milieu de vie naturel ..... 15
      7.2.2 Services institutionnels ..... 25

8. Suivi et évaluation ..... 30

9. Conclusion ..... 31

Bibliographie

Tableaux

Tableau 1 Caractéristiques du client gériatrique ..... 5

Tableau 2 Rôles et responsabilités des niveaux de coordination des programmes et de la gestion ..... 11

Tableau 3 Gamme actuelle et dispensateurs des services spécifiques aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie (juin 1999) ..... 29

Les annexes au présent document ci-après énumérées, sont regroupées dans un fascicule disponible sur demande au Centre de documentation de la Régie régionale des Laurentides.

Liste des annexes

Annexe 1 Guichet unique
Annexe 2 Soutien à domicile en CLSC
Annexe 3 Services externes en CHSLD
Annexe 4 Services gériatriques en CHCD
Annexe 5 Hébergement temporaire en CHSLD
Annexe 6 Hébergement permanent en CHSLD
Annexe 7 Données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques
Annexe 8 Données financières

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| AVD | Activité de la vie domestique |
| AVQ | Activité de la vie quotidienne |
| CAH | Centre d'accueil d'hébergement |
| CH | Centre hospitalier |
| CHCD | Centre hospitalier de courte durée |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CHSP | Centre hospitalier de soins prolongés |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| COSAD | Comité de soutien à domicile |
| CSST | Commission de la santé et de la sécurité du travail |
| CTMSP | Classification par type de milieux en soins prolongés |
| ETC | Équivalent temps complet |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économique |
| PAPA | Personnes âgées en perte d'autonomie |
| PROS | Plan régional d'organisation de services |
| PSI | Plan de services individualisé |
| SAAQ | Société de l'assurance-automobile du Québec |
| SMAF | Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle |
| UCDG | Unité de courte durée gériatrique |

# INTRODUCTION

La santé et le bien-être des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie peuvent être favorisés par des actions sur l'ensemble des **déterminants de la santé** tels les conditions biologiques, les conditions de vie et d'environnement, les habitudes de vie et les services du réseau sociosanitaire.

Le **réseau de services intégrés** pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, tel qu'il fut conçu dans la région des Laurentides, s'inscrit comme un des déterminants de la santé qui, de par ses actions, peut avoir un impact sur les autres déterminants de la santé. Le réseau de services intégrés a donc pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie de la région.

Le premier document, le sommaire exécutif, présente le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie et se veut un cadre de référence général pour la région des Laurentides. Il s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants des établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'aux organismes communautaires.

En mai 1996, la Régie régionale déposait aux intervenants et établissements impliqués dans les services auprès des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie un document visant à assurer le développement d'un réseau de services intégrés.

Ce document proposait une **complémentarité** de services par le biais d'un continuum répondant aux besoins des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie ainsi qu'une **coordination** de la réponse aux besoins par l'intermédiaire d'un guichet unique.

De plus, il recommandait l'implantation d'une structure de concertation et de coordination par territoire visant à assurer la mise en place du réseau de services intégrés selon les spécificités de chacun des territoires.

Et enfin, il présentait les travaux à réaliser afin de décrire chacune des composantes du réseau de services intégrés et d'assurer une interrelation et une continuité des services à dispenser et d'éviter leur duplication.

Il importe de noter que des **travaux préliminaires** à la rédaction d'un Plan régional d'organisation de services (PROS) avaient été réalisés en 1992 et que le présent plan d'action s'en est inspiré.

Des **travaux sectoriels** furent réalisés permettant de définir les orientations et la programmation de chacun des éléments de la gamme de services requis dans un réseau de services intégrés. Ces travaux furent complétés par différents comités composés de gestionnaires et d'intervenants des CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers de la région sous l'égide de la Régie régionale et du comité des présidents du réseau de services intégrés de chacun des territoires.

Ils constituent donc le point de départ du **plan d'action** présenté ci-après qui assurera le développement des modalités de coordination et d'organisation de la gamme essentielle de services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie. Le présent document propose donc le fruit de ce travail collectif.

Quoique la facture de ce document soit administrative, nous nous devons de souligner que l'esprit qui a animé les travaux visait à assurer aux personnes une gamme de services complète, complémentaire et de qualité et à leur assurer que leur cheminement pour recevoir des services appropriés à leurs besoins serait facilité par des mécanismes de coordination administratifs et un mécanisme clientèle, soit le processus du guichet unique.

Le document énonce le contexte général de l'implantation d'un réseau de services intégrés, les principes directeurs, la définition, les objectifs, la clientèle visée, la gamme essentielle de services, le processus d'intervention, incluant les mécanismes de coordination et les rôles et responsabilités des différents collaborateurs ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

Finalement, une bibliographie des principaux documents consultés complète le présent document.

Le second document regroupe les documents de programmation en huit annexes.

Les annexes 1 à 6 présentent la programmation détaillée de chacune des composantes qui constituent le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie :

| | |
|---|---|
| Annexe 1 | Guichet unique |
| Annexe 2 | Soutien à domicile en CLSC |
| Annexe 3 | Services externes en CHSLD |
| Annexe 4 | Services gériatriques en CHCD |
| Annexe 5 | Hébergement temporaire en CHSLD |
| Annexe 6 | Hébergement permanent en CHSLD |

L'annexe 7 présente des données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques concernant les personnes âgées de 65 ans et plus de la région des Laurentides.

L'annexe 8 présente des données financières reliées à l'implantation du réseau de services intégrés.

## 1. CONTEXTE

Le vieillissement de la population entraîne une demande accrue de services de maintien dans le milieu de vie naturel et de services d'hébergement et de soins de longue durée.

Pour la population âgée désirant demeurer à domicile le plus longtemps possible, le recours à l'hébergement permanent ne s'exerce que lorsque toutes les avenues pour un maintien dans le milieu de vie naturel ont été explorées. Le profil des clientèles qui requièrent du maintien à domicile ou de l'hébergement varie donc considérablement de celui datant d'une dizaine d'années. En conséquence, il devient primordial de reconsidérer les services requis pour répondre aux nouveaux besoins de cette population.

Le réseau de la santé et des services sociaux vit donc des transformations majeures dans les façons de faire visant à centrer davantage les services sur la clientèle. Des changements de pratiques marquent l'ensemble des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie dans le but d'ajuster le mieux possible les ressources aux besoins d'une clientèle de plus en plus nombreuse. C'est le cas pour les services offerts tant par les CLSC, les CHSLD, les centres hospitaliers que par les organismes communautaires.

Conséquemment, l'utilisation optimale de tous les types de services en vue d'une plus grande efficacité et efficience dans la réponse aux besoins et une meilleure complémentarité commande la mise en place de **réseaux de services intégrés** dans différents secteurs dont celui des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

## 2. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs sur lesquels s'appuie le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie sont les suivants :

- ***Intervention précoce***

L'intervention auprès d'une personne âgée affectée d'une incapacité temporaire ou permanente s'effectue de façon précoce afin d'éviter la détérioration de l'autonomie de la personne âgée, l'épuisement des proches, les situations de crise et le recours à l'hébergement en milieu substitut.

- ***Approche globale***

Les interventions se réalisent en tenant compte de l'ensemble de la situation de la personne âgée, de ses besoins et des ressources de son milieu.

- ***Maintien de l'autonomie fonctionnelle***

Le choix des interventions est fait en privilégiant l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée et vise à restaurer ou maintenir son potentiel physique, psychologique et social.

- ***Participation de l'usager et de ses proches***

La personne âgée et ses proches sont associés à la définition des besoins et au choix des moyens retenus pour y répondre; ils sont partie prenante dans la mise en oeuvre des solutions à leurs problèmes.

- ***Conditions de vie adéquates***

Le maintien en milieu de vie naturel présuppose des conditions de vie adéquates et un réseau de support naturel et communautaire suffisant.

- ***Concertation***

Le maintien en milieu de vie naturel présuppose une concertation et une collaboration étroites des organismes publics, communautaires et privés en vue d'une continuité et d'une complémentarité des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, dans le respect de la mission de chacun des collaborateurs et partenaires.

- ***Travail en interdisciplinarité***

Le but ultime de mieux desservir la personne âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être demeure lié à une approche interdisciplinaire faisant référence à la coordination des ressources à l'intérieur des établissements et entre les établissements pour l'atteinte d'objectifs communs aux différents intervenants, à l'usager et à ses proches.

## 3. DÉFINITION DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS

La définition retenue pour le réseau de services intégrés résume le modèle privilégié pour la mise en place de services coordonnés pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie :

> *Le réseau de services intégrés constitue un continuum de services interreliés et complémentaires visant à apporter une réponse rapide et adaptée aux besoins des personnes âgées ou autres adultes en perte d'autonomie. Il vise à desservir le bon client au bon endroit, au bon moment, par les bonnes personnes.*

Le réseau de services intégrés implique donc la présence d'une gamme complète de services dans chacun des territoires ainsi que l'implantation de mécanismes de coordination entre tous les collaborateurs concernés.

## 4. OBJECTIFS DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS

Le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie vise les objectifs suivants :

- assurer une **coordination** et une **complémentarité** de tous les établissements et des organismes communautaires associés aux activités du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, sur la base des territoires de CLSC;
- privilégier le maintien de la personne âgée et autre adulte en perte d'autonomie dans son **milieu de vie naturel** et rechercher autant que possible des alternatives à l'hébergement institutionnel;
- favoriser le maintien de l'**autonomie** des personnes âgées et autres adultes concernés;
- assurer une **équité** dans l'accès aux services pour toute personne âgée et autre adulte en perte d'autonomie;
- assurer une **accessibilité** géographique aux services, le plus près possible du réseau naturel du bénéficiaire;
- offrir à chaque bénéficiaire un **programme de services adapté** à ses besoins de façon à ce que le bon client soit au bon endroit, au bon moment, avec les bonnes ressources;
- assurer une **autosuffisance** optimale à chaque territoire de CLSC au niveau de la capacité de prise en charge de la clientèle des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

## 5. CLIENTÈLE VISÉE

Le vieillissement de la population est un phénomène qui touche la région des Laurentides au même titre que l'ensemble du Québec.

Ainsi, les citoyens âgés de 65 ans et plus feront plus que doubler entre 1991 et 2011. Des 35 000 qu'ils étaient au recensement de 1991, ils seront 74 000 en 2011, selon les projections du Bureau de la statistique du Québec.

En termes de proportion de la population régionale, le pourcentage des aînés passera de 9 % à 12,7 % au cours de la même période.

La région des Laurentides reste malgré tout une région jeune par rapport au reste du Québec. Ainsi, en 1991, notre région comptait 9 % d'aînés dans sa population par rapport à 11 % au Québec.

Le Québec est également jeune par rapport aux autres pays de l'OCDE qui comptent des populations âgées proportionnellement plus importantes.

La grande majorité des aînés, soit entre 70 % et 80 %, demeurent autonomes jusqu'à l'âge de 75 ans. Pour les 20 % à 30 % qui sont en **perte d'autonomie**, la plupart de leurs besoins (80 %) sont répondus par leurs proches. Les autres 20 % de besoins requièrent des interventions du réseau de la santé et des services sociaux.

Les principales **incapacités** rencontrées chez les personnes âgées et autre adultes en perte d'autonomie concernent la mobilité, l'agilité, l'audition, la vue et la parole. Elles apparaissent comme les principales limites dans la réalisation d'activités quotidiennes et dans les situations sociales. Elles augmentent avec l'âge tant en nombre qu'en intensité. Les **problèmes cognitifs**, telle la maladie d'Alzheimer, constituent un phénomène en croissance. Les situations de **pauvreté**, principalement chez les femmes âgées vivant seules, constituent une source importante de dégradation de l'autonomie et de la santé.

Des données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques plus complètes sur les personnes âgées de 65 ans et plus sont présentées à l'annexe 7 du présent document.

Plus particulièrement, **trois clientèles** sont visées par le réseau de services intégrés :

- les personnes âgées de 75 ans et plus qui sont à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie permanente;
- les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont en perte d'autonomie permanente;
- les personnes âgées de moins de 65 ans à profil gériatrique qui sont en perte d'autonomie permanente.

Selon le Précis pratique de gériatrie de Arcand-Hébert (édition 1997, page 809), les caractéristiques du client gériatrique et les conséquences de son état sont résumées au tableau suivant.

TABLEAU 1
CARACTÉRISTIQUES DU CLIENT GÉRIATRIQUE

| CARACTÉRISTIQUES | CONSÉQUENCES |
|---|---|
| Présence de stigmates du vieillissement | • Fragilité<br>• Difficulté à distinguer le normal du pathologique<br>• Récupération plus lente<br>• Toxicité accrue des médicaments |
| Présentation atypique ou non spécifique des maladies | • Difficulté à diagnostiquer les maladies |
| Symptômes non rapportés par le client âgé | • Retard à diagnostiquer les maladies |
| Maladies multiples et présence concomitante des grands syndromes gériatriques (incontinence, chute, dépression, etc.) | • Intrication des symptômes<br>• Vulnérabilité accrue<br>• Polymédication<br>• Nécessité d'établir des priorités |
| Difficultés de communication associées en particulier à la surdité ou à la démence | • Collecte de données plus longue et laborieuse |
| Précarité psychosociale | • Influence déterminante des facteurs psychosociaux sur la maladie et le traitement<br>• Difficultés d'adaptation aux pertes associées au vieillissement<br>• Nécessité de l'approche globale |

À ce tableau, on peut ajouter une autre caractéristique du client gériatrique, soit un état fonctionnel précaire ou détérioré (AVD, AVQ) qui compromet le maintien dans le milieu d'origine et la qualité de vie.

## 6. *MODÈLE D'ORGANISATION DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS AUX PERSONNES ÂGÉES ET AUTRES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE*

La région des Laurentides opte pour un modèle d'organisation de services déconcentré par territoire local, soit le territoire de CLSC, soit le bassin de concertation.

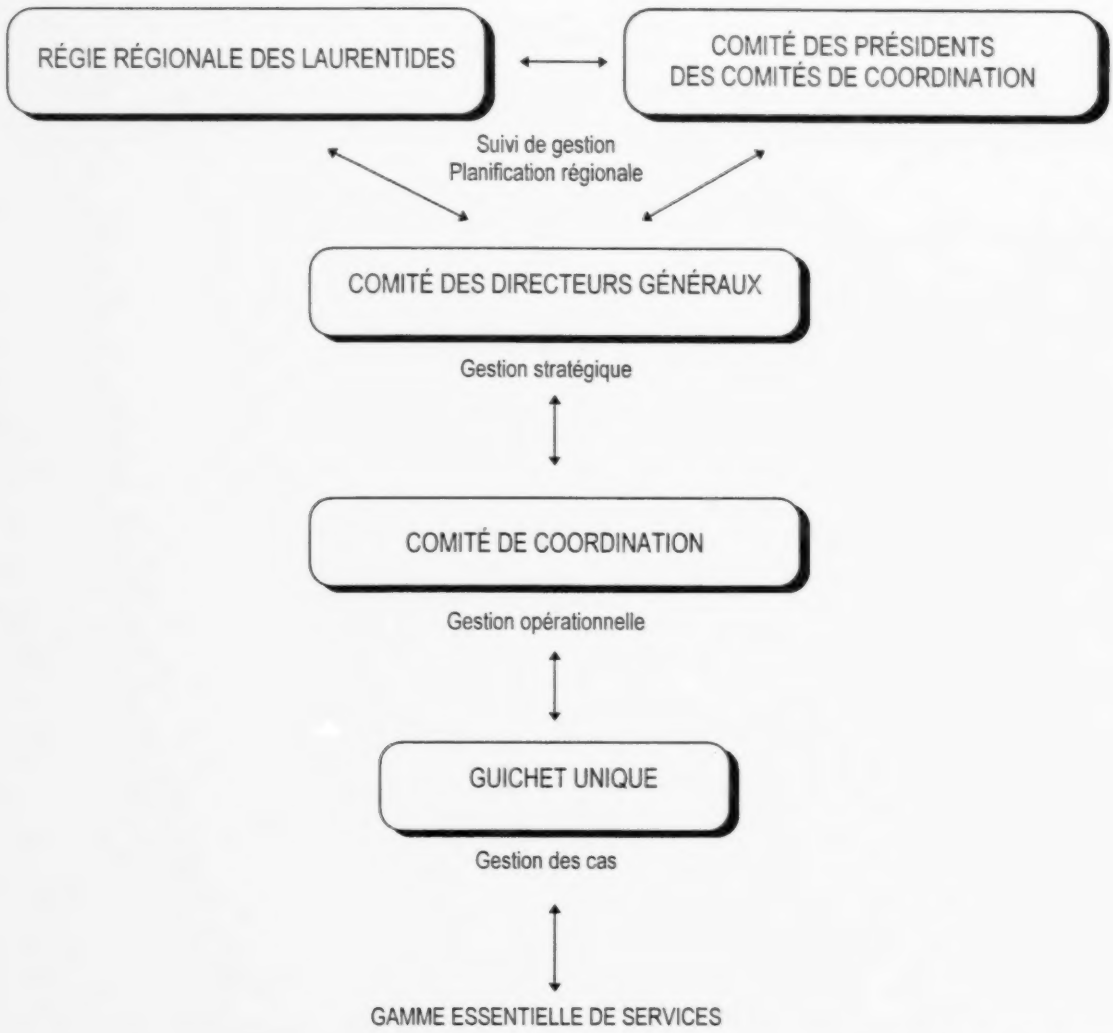
Chaque territoire est autosuffisant au niveau de la gamme de services de première ligne à offrir à la clientèle des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie et se dote de mécanismes de coordination et de gestion visant à assurer des services de qualité, personnalisés, accessibles, adaptés et continus.

Ce chapitre présente le modèle d'organisation de services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, propose des mécanismes de coordination et précise les rôles et responsabilités des différents collaborateurs.

Le diagramme suivant résume les mécanismes de coordination et la gamme essentielle de services du réseau intégré pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

**MODÈLE D'ORGANISATION**
**RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS AUX PERSONNES ÂGÉES**
**ET AUTRES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE**

**MÉCANISMES DE COORDINATION**




| | | | |
|---|---|---|---|
| Services de soutien à domicile des CLSC | Services externes des CHSLD | Cliniques médicales privées | Services de soutien à domicile des organismes communautaires |
| Services d'hébergement temporaire des CHSLD | Services des centres hospitaliers | Résidences privées d'hébergement | Services d'hébergement permanent des CHSLD |

## 6.1 *Mécanismes de coordination du réseau de services intégrés*

Le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie ne pourra être efficace sans des processus de coordination qui doivent assurer que :

- chaque client reçoive les services auxquels il a droit (guichet unique : processus de gestion des cas);
- les services soient coordonnés, interreliés et complémentaires (comité de coordination; processus de gestion opérationnelle);
- les établissements assument leurs rôles et responsabilités et que l'organisation des services et des ressources soit en fonction des besoins exprimés (comité des directeurs généraux, processus de gestion stratégique).

### *- Guichet unique (processus de gestion des cas)*

Les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie ont accès au réseau de services intégrés via un guichet unique pour des services prévus sur une longue période. Le CLSC s'est vu confier le mandat de l'opérationnalisation du guichet unique.

Par le biais du guichet unique, on vise l'**efficience clinique** dans la coordination des services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie. Le processus de gestion de cas constitue la modalité de coordination qui assure aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie le support d'un intervenant pour la coordination de l'accès aux différents services permettant le maintien dans la communauté, de façon à ce que des services appropriés soient offerts avec continuité à mesure que la situation de la personne âgée évolue.

Le gestionnaire de cas coordonne un **plan d'intervention** pour la personne âgée lui assurant, selon son besoin, une orientation à divers services : services médicaux, services externes de réadaptation, services gériatriques en centre hospitalier, hébergement temporaire, services communautaires, ou assurant son orientation en hébergement permanent, s'il y a lieu.

Il s'assure que la personne âgée en perte d'autonomie ait accès au bon service, au bon moment selon ses besoins. Il joue un rôle d'**accompagnement** de la personne âgée au sein du continuum de services d'où la nécessité d'assurer l'échange des informations d'ordre clinique entre les divers collaborateurs du réseau de services intégrés.

Le CLSC accueille donc la demande de services, l'évalue et la réfère :

- soit aux services réguliers de soutien à domicile du CLSC, si la personne âgée est en perte d'autonomie temporaire et nécessite des services à court terme;

- soit à un **gestionnaire de cas** du CLSC, si la personne âgée est en perte ou à risque de perte d'autonomie permanente et nécessite des services à long terme;
- soit à un **organisme** extérieur au CLSC, si les services du CLSC ne sont pas requis.

La personne âgée ou l'adulte en perte d'autonomie peut utiliser **d'autres portes d'entrée** pour avoir accès à des services généraux de santé : cabinet privé de médecin, service d'urgence et hospitalisation en centre hospitalier.

Peu importe l'endroit où la personne s'adresse pour demander des services, chacun des collaborateurs du réseau de services intégrés doit évaluer la demande et répondre aux besoins dans le cadre de son mandat; il doit également exercer une **vigilance** par des activités de dépistage des personnes en perte d'autonomie ou à risque de l'être.

De plus, chacun des collaborateurs a la responsabilité d'exercer un suivi auprès du guichet unique CLSC pour vérifier si le client est connu et pour transmettre de l'information au gestionnaire de cas.

Les modalités d'opérationnalisation du **guichet unique** sont explicitées à l'annexe 1.

### *- Comité de coordination du réseau de services intégrés*

La **coordination locale** du réseau de services intégrés de chaque territoire est assurée par un comité de coordination composé de représentants des CHCD, des CLSC, des CHSLD et des organismes communautaires du territoire.

Le mandat du comité de coordination consiste à :

- assurer la coordination du réseau de services intégrés dans son territoire afin de favoriser l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la qualité des services;
- définir les mesures à prendre pour améliorer la réponse aux besoins des personnes de son territoire;
- voir à ce que des ententes soient conclues entre les établissements pour faciliter des transferts rapides d'un service à un autre;
- acheminer ses recommandations à la comité des directeurs généraux de son territoire;
- planifier les programmes de services;
- proposer des modifications aux programmes en place afin de mieux répondre aux besoins;
- assurer un suivi des statistiques opérationnelles;
- assurer un suivi des mécanismes d'accès concernant la gestion des listes d'attente en hébergement.

Ce comité est sous la responsabilité d'un directeur général du territoire qui est désigné par le comité des directeurs généraux de ce territoire.

### - *Comité des directeurs généraux du territoire*

Le mandat de la Comité des directeurs généraux du territoire consiste à :

- assurer la gestion générale du réseau intégré;
- recevoir et analyser les recommandations du comité de coordination;
- voir à l'actualisation des rôles de chaque collaborateur;
- déterminer les priorités de services dans le territoire;
- allouer et réallouer des budgets pour les services du territoire.

### - *Comité des présidents des comités de coordination*

La **coordination régionale** de l'implantation du réseau de services intégrés est assurée par un comité composé des présidents des comités de coordination et de la Régie régionale.

Le mandat du comité composé des présidents des comités de coordination et de la Régie régionale consiste à :

- assurer un suivi régional du réseau de services intégrés à l'aide d'indicateurs;
- s'assurer que les services sont accessibles, continus, complémentaires et de qualité dans toute la région;
- faciliter les échanges entre les territoires sur les modes d'opérationnalisation du réseau de services intégrés;
- acheminer des recommandations à la Régie régionale concernant les allocations budgétaires pour les services aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

### - *Régie régionale*

Le mandat de la Régie régionale consiste à :

- déterminer les priorités de services à la clientèle;
- fournir du support aux territoires dans l'élaboration de leurs programmes;
- s'assurer de l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la qualité des services sur tout le territoire;
- répartir les enveloppes régionales selon les priorités retenues.

Le tableau suivant précise les rôles et responsabilités des différents niveaux de coordination au niveau des programmes et de la gestion.

TABLEAU 2

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES NIVEAUX DE COORDINATION
DES PROGRAMMES ET DE LA GESTION

| INSTANCE | PROGRAMMES | GESTION |
|---|---|---|
| **CLSC** | • Relevé des difficultés dans l'accès aux services et proposition de solutions ou de correctifs<br>• Relevé et proposition des correctifs aux programmes ou à l'accessibilité<br>• Coordination d'une équipe multi des différents collaborateurs autour du client, s'il y a lieu (p.s.i.) | • Gestion de cas dans le cadre du guichet unique<br>• Gestion de l'admission dans les lits de répit-dépannage<br>• Contrôle de la qualité des services en ressources d'hébergement privées par le biais de regroupements des résidences privées par territoire de CLSC |
| **Comité de coordination du territoire** | • Élaboration d'une vision et d'une façon de faire dans le réseau intégré<br>• Planification des programmes dans le cadre du réseau intégré<br>• Proposition de modifications dans les programmes en place pour mieux répondre aux besoins des clients<br>• Ententes de services inter-établissements<br>• Mécanismes d'accès locaux aux services<br>• Mécanismes de références entre les collaborateurs<br>• Mécanismes de transmission d'informations sur les clientèles entre les collaborateurs<br>• Outils communs d'évaluation des besoins de la clientèle<br>• Mécanismes d'évaluation des impacts des services du réseau intégré sur la clientèle | • Suivi des statistiques opérationnelles du réseau de services intégrés<br>• Monitorage :<br>▸ des adultes en perte d'autonomie en attente d'hébergement dans des lits de soins de courte durée<br>▸ de l'accessibilité et de la continuité des services<br>▸ des listes d'attente en soutien à domicile, services externes, gériatrie, hébergement<br>▸ des lits de désengorgement des urgences en vue d'une utilisation efficiente<br>• Recommandations au comité des directeurs généraux sur toute question relative à l'organisation du réseau de services intégrés |
| **Comité des directeurs généraux du territoire** | • Assurer le succès du réseau intégré<br>• Recevoir et analyser les recommandations du comité de coordination<br>• Voir à l'actualisation des rôles de chacun dans les établissements<br>• S'assurer de l'ouverture des intervenants au réseau de services intégrés | • Gestion générale du réseau de services intégrés<br>• Détermination des priorités de services dans le territoire<br>• Allocations et réallocations financières à l'intérieur du territoire<br>• Recommandations à la Régie régionale sur les services à développer en priorité dans la région<br>• Accessibilité aux services : listes et délais d'attente en hébergement temporaire et permanent, en soutien à domicile, en services externes, en gériatrie |
| **Comité des présidents des comités de coordination** | • Analyser et adopter les programmations régionales dans les divers secteurs<br>• S'assurer de la concordance des programmes entre les territoires | • Suivi du réseau intégré au niveau régional<br>• Continuité et complémentarité des services<br>• Recommandations sur la répartition des enveloppes régionales d'allocations et de réallocations selon les priorités retenues |
| **Régie régionale des Laurentides** | • Déterminer les priorités régionales au niveau des programmes de services à la clientèle<br>• Fournir aux instances des territoires des statistiques pertinentes pour l'élaboration des programmes et du fonctionnement du réseau de services intégrés<br>• Fournir du support aux territoires dans l'élaboration de leurs programmes de services à la clientèle | • Suivi de la tolérance zéro : personnes en attente de placement dans des lits de soins de courte durée<br>• Accessibilité, continuité, complémentarité et qualité des services<br>• Répartition des enveloppes régionales selon les priorités retenues |

## 6.2 *Conditions de succès*

Afin que ce projet de réseau de services intégrés s'opérationnalise, **trois conditions** principales s'imposent :

- susciter **l'adhésion des collaborateurs** au niveau de chaque territoire de concertation : CLSC, CHCD, CHSLD, organismes communautaires;

- que des **ressources financières et humaines** soient disponibles afin d'assurer la mise en place de la gamme essentielle de services;

- qu'un nouveau **partage des responsabilités** s'instaure entre CLSC, CHCD et CHSLD afin de favoriser le plus possible le maintien de la personne dans le milieu de vie naturel; ainsi, on aurait recours à l'hospitalisation que lorsqu'elle est médicalement requise; on aurait recours à l'institutionnalisation que lorsqu'elle constitue la seule solution possible.

Le succès du réseau de services intégrés repose sur la coordination des missions et des actions et sur des mécanismes de liaison étroits entre tous les collaborateurs : CHSLD, CLSC, centres hospitaliers et organismes communautaires.

Chacun doit actualiser sont rôle en desservant la clientèle et, de plus, participer à l'implantation de nouvelles façons de faire qui, parfois, iront au-delà des mandats traditionnellement dévolus.

# 7. *GAMME ESSENTIELLE DE SERVICES*

En plus des services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population, les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie doivent avoir accès à des services **spécifiques** par le biais du réseau de services intégrés.

Le présent chapitre illustre brièvement les services généraux ainsi que les services spécifiques qui sont requis. Dans cette dernière section, les dispensateurs ciblés seront présentés ainsi que certaines des principales responsabilités qui leur sont dévolues.

## 7.1 *Services généraux offerts à l'ensemble de la population*

Les services généraux qui doivent être accessibles à l'ensemble de la population ainsi qu'aux personnes âgées sont les suivants :

- services d'Info-Santé;
- services d'information préventive;
- services de curatelle publique et privée;
- services d'hébergement en résidence privée;
- services pharmaceutiques;
- services médicaux courants;
- services psychosociaux courants;
- services préhospitaliers d'urgence;
- services hospitaliers de courte durée;
- services de réadaptation fonctionnelle intensive.

### *- Services d'Info-Santé*

Ces services téléphoniques sont dispensés par les CLSC et par une Centrale régionale en dehors des heures d'ouverture des CLSC; ils sont disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Ils consistent en services d'accueil, d'écoute, d'information, de conseils et de références à l'ensemble de la population, dont les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

### *- Services d'information préventive*

Ces services permettent de répondre aux questionnements de la personne âgée et autre adulte en perte d'autonomie par téléphone, sur place ou par des rencontres de groupe. Ils fournissent des renseignements utiles ou des conseils sur les services de santé et les services sociaux disponibles sur le territoire. Ils sont dispensés par les CLSC ou par des organismes communautaires.

### *- Services de curatelle publique ou privée*

Ces services sont dispensés par le Curateur public ou par un curateur privé et visent à assister quelqu'un, qui est en partie ou totalement inapte, à protéger ses biens ou sa personne.

### *- Services d'hébergement en résidence privée*

Ces services sont dispensés dans des résidences privées d'hébergement sans permis du MSSS. Ils comprennent le gîte et le couvert et peuvent également inclure des soins nursing et d'assistance à la personne. La Régie régionale a adopté un cadre de référence concernant les personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans ce type de ressources et décrivant, entre autres, les rôles et responsabilités de chacune des instances concernées.

### *- Services pharmaceutiques*

Ces services permettent l'accès en pharmacie aux médicaments prescrits par les médecins et incluent de l'information préventive dispensée par des pharmaciens sur les médicaments.

### *- Services médicaux courants*

Ces services comprennent tous les services dispensés par les médecins généralistes et spécialistes, en CLSC, en cabinet privé, et par défaut en centre hospitalier, la nuit et les fins de semaine. Ils comprennent les services médicaux d'urgence accessibles sans rendez-vous pour régler des problèmes de santé se manifestant de façon imprévue.

En CLSC, les services médicaux sont accessibles, soit dans des cliniques ouvertes à la population en général, soit dans des programmes destinés à des clientèles spécifiques (ex. : soutien à domicile).

En ce qui concerne le programme de soutien à domicile, des médecins assurent des consultations et des suivis aux clientèles du programme, en collaboration avec les médecins traitants, le cas échéant. Ils assument également la garde médicale en fin de semaine dans certains CLSC, en particulier pour les cas en soins palliatifs à domicile, et dans certains CHSLD.

### *- Services psychosociaux courants*

Ces services visent à restaurer et à maintenir l'équilibre psychologique et social des personnes par des activités de réinsertion sociale, de dépistage et de prévention, d'évaluation et de traitement. Ils sont dispensés par les CLSC, les CHSLD et les CHCD.

*- Services préhospitaliers d'urgence*

Les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie constituent une clientèle importante des services préhospitaliers d'urgence, en particulier en ce qui touche le transport ambulancier à partir du domicile ou du milieu substitut vers les services d'urgence des centres hospitaliers.

*- Services hospitaliers de courte durée*

Ce sont les services de soins aigus dispensés dans les centres hospitaliers, par exemple dans les départements de médecine ou de chirurgie.

*- Services de réadaptation fonctionnelle intensive*

Ce sont des services dispensés, en interne ou en externe, à tout adulte présentant un potentiel de réadaptation et nécessitant des services sur une base intensive suite, par exemple, à un accident cérébrovasculaire ou à un traumatisme.

## 7.2 *Services spécifiques offerts dans le cadre du réseau de services intégrés*

Les services spécifiques offerts à la clientèle des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie sont les suivants :

### *7.2.1 Services de support dans le milieu de vie naturel*

*- Services de soutien à domicile des CLSC*

Le CLSC offre une gamme importante de services et assure, par le biais du guichet unique, la coordination des services auprès de la personne. Les rôles et responsabilités dévolus par le réseau de services intégrés au CLSC sont :

- accueillir la demande de services et effectuer une évaluation préliminaire;
- référer le client au guichet unique s'il s'agit d'une personne âgée en perte d'autonomie permanente nécessitant des services à long terme ou à d'autres services internes ou externes au CLSC s'il s'agit d'une personne âgée en perte d'autonomie temporaire nécessitant des services à court terme;

- confier le client à un gestionnaire de cas chargé de l'évaluation des besoins, de la référence aux ressources appropriées, de la planification des services requis et de la coordination de l'accès aux services, de l'intervention clinique, du suivi et de la révision du dossier;

- dispenser des services de soutien à domicile;

- évaluer la personne en vue d'un placement en hébergement permanent ou temporaire;

- assurer des mécanismes de liaison avec les autres collaborateurs du réseau de services intégrés.

Selon la disponibilité des ressources et conformément aux critères d'admission, sept types de services sont offerts à la clientèle âgée visée :

### *- Soins infirmiers*

Les soins infirmiers consistent principalement en des interventions d'ordre curatif, préventif et palliatif. Les activités réalisées le sont généralement à court terme et ce, avec un objectif d'enseignement et de prise en charge par la personne âgée et ses proches.

Ils comprennent des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi. Ils consistent, entre autres, en des prélèvements et des injections, des soins de plaie, des soins de stomie, de la supervision et du traitement avec des équipements spécialisés et des fournitures médicales, de la surveillance nursing, des soins palliatifs.

### *- Services médicaux*

Les services médicaux regroupent un ensemble d'interventions comprenant des activités d'évaluation, de diagnostic, de prescription, de traitement et de suivi.

### *- Services spécialisés*

Les services spécialisés comprennent la physiothérapie, l'ergothérapie, l'inhalothérapie et la nutrition. Ils consistent en des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi.

Ils visent à minimiser les incapacités de la personne âgée et leurs conséquences, à développer les habiletés compensatoires, à maintenir les acquis et à adapter l'environnement dans le but de favoriser un fonctionnement maximal de la personne âgée dans son milieu de vie.

Des équipements sont disponibles pour les personnes âgées répondant aux critères dans le but de compenser leurs incapacités.

### *- Services psychosociaux*

Les services psychosociaux visent principalement à restaurer et à maintenir l'équilibre psychologique et social des personnes âgées. Ils consistent, entre autres, en des activités d'évaluation des besoins, d'intervention et de suivi à court terme.

Ils visent, entre autres, des objectifs :

- de réinsertion sociale;
- de réorganisation du milieu;
- d'adaptation aux changements du milieu de vie;
- d'utilisation des ressources de la communauté;
- de prévention des problèmes de santé mentale;
- de dépistage et de prévention des situations de négligence et d'abus.

### *- Services d'aide*

Les services d'aide comportent des interventions visant :

- à compenser les pertes d'autonomie fonctionnelle dans la réalisation des activités primaires et essentielles de la vie quotidienne, domestique et sociale;

- à stimuler les capacités fonctionnelles résiduelles des personnes âgées.

Ils comprennent les services suivants dispensés par le CLSC ou selon d'autres modalités :

- les services **d'assistance personnelle** regroupant, entre autres, les soins d'hygiène de base, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts;

- les services **d'aide domestique** disponibles sur base ponctuelle, selon les ressources, à l'intérieur d'un plan d'intervention; ils comprennent, entre autres, la préparation des repas, l'approvisionnement, l'entretien ménager et la lessive;

- les services de **soutien civique** regroupant les services requis pour compenser un manque de capacité face à certaines exigences de la vie quotidienne comme administrer un budget, rédiger des documents, remplir des formulaires, accomplir diverses démarches.

### *- Services de support aux proches*

Les services de support aux proches visent à assurer un repos ou une période de relâche aux aidants naturels d'une personne âgée en perte d'autonomie. Ils sont dispensés soit par le CLSC, soit par le biais d'allocations directes, en collaboration avec les divers collaborateurs concernés par l'hébergement temporaire, tels les CHSLD et les CHCD.

Ils comprennent, entre autres, :

- les services de **gardiennage** fournis dans le but d'assurer la relève des aidants naturels et de compenser en partie la charge de responsabilités de la garde de la personne âgée en perte d'autonomie;

- les services de **répit** qui sont des mesures planifiées permettant aux proches un temps de détente et de ressourcement afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins spécifiques d'une personne âgée présentant une ou plusieurs incapacités; la personne âgée est généralement prise en charge par une autre ressource en hébergement temporaire;

- les services de **dépannage** dans des situations hors de l'ordinaire, habituellement graves, imprévisibles et temporaires; ils visent à résoudre la difficulté des aidants naturels à répondre aux besoins particuliers d'une personne âgée ayant une ou plusieurs incapacités;

- les groupes **d'entraide et de support** aux aidants naturels qui visent à apporter un support d'information, d'éducation et d'échange pour faciliter l'acceptation de nouvelles situations reliées à une incapacité et l'adaptation à ces situations.

### *- Services d'action communautaire*

Les services d'action communautaire comprennent des activités de groupe qui sont offertes en complément aux interventions faites à domicile, telles :

- l'aide à la création de groupes d'entraide;
- l'information et la référence de la population vers les ressources communautaires.

La description détaillée du programme de soutien à domicile des CLSC apparaît à l'annexe 2.

*- Services de soutien à domicile des organismes communautaires*

Des organismes communautaires peuvent dispenser divers services bénévoles de soutien à domicile dont la popote roulante, le transport, les visites d'amitié, le soutien civique. Ils peuvent également créer des groupes d'entraide et de loisirs pour briser l'isolement des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie. Certains groupes peuvent aussi assurer la défense des droits des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

Suite à une entente entre le réseau de services intégrés et les organismes communautaires concernés, les besoins et les modalités de collaboration seront déterminés, et ce, en respectant l'autonomie des organismes communautaires et leur financement adéquat tel que décrit dans le Cadre de référence pour la reconnaissance et le financement des organismes communautaires.

*- Services externes des CHSLD*

Les CHSLD sont responsables au niveau des services externes :

- de procéder à une évaluation biopsychosociale des besoins de la personne âgée;
- d'établir et réaliser un plan d'intervention individualisé par une équipe multidisciplinaire;
- de planifier le congé avec le CLSC pour assurer une continuité des services (transmission des données d'évaluation avec l'accord de l'usager);
- de mettre en place un mécanisme de liaison avec le guichet unique du CLSC et le cabinet privé de médecins.

Les services externes sous la responsabilité des CHSLD offrent des programmes et des activités de jour, en externe, de nature préventive, thérapeutique et de réadaptation afin de rétablir et de maintenir les capacités fonctionnelles des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie et favoriser leur maintien à domicile.

Le programme de services externes en CHSLD comprend les **quatre catégories de services** suivants et est offert à la clientèle-cible dans chacun des territoires, compte tenu des ressources disponibles :

- Le programme de **récupération des capacités fonctionnelles** vise à permettre à la personne âgée et autre adulte en perte d'autonomie de récupérer le maximum de ses capacités fonctionnelles sur les plans biologique, cognitif et psychosocial, lui permettant de demeurer dans son milieu naturel, et ce, dans des conditions adéquates, grâce à un enseignement (aspect socio-éducatif) et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale; il vise également à maximiser le potentiel de la personne âgée à l'aide de techniques ou d'appareillages compensant la diminution de ses capacités fonctionnelles.

- Le programme de **maintien des capacités fonctionnelles** vise à conserver chez la personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie les acquis nécessaires pour lui permettre de fonctionner adéquatement dans la vie quotidienne sur les plans biologique, cognitif et psychosocial et de demeurer dans son milieu de vie naturel, grâce à un enseignement (aspect socio-éducatif) et une intervention thérapeutique appropriés visant l'autonomie optimale; il vise également à prévenir une diminution ou une perte des capacités de la personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie pouvant entraîner la nécessité de recourir à un milieu d'hébergement institutionnel.

- Le programme de **halte-répit** vise à prévenir ou retarder le plus possible l'hébergement en milieu institutionnel en offrant du répit aux aidants naturels :

  - soit par une prise en charge temporaire de la personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie sur base externe;

  - soit par un support à un organisme communautaire ou à une ressource privée intéressé à offrir un tel service (support professionnel, prêt de locaux et d'équipements).

- Le programme d'**activités sociorécréatives** vise à organiser un programme d'activités sociorécréatives avec l'aide de bénévoles ou supporter les organismes communautaires intéressés à offrir des activités à caractère socio-récréatif à des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie, sur une base externe, afin de maintenir leur niveau d'autonomie et de prévenir une détérioration de leur état.

La description détaillée du programme de services externes en CHSLD apparaît à l'annexe 3.

### *- Services gériatriques des centres hospitaliers*

Les responsabilités des centres hospitaliers de soins de courte durée sont de :

- dépister la personne âgée à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie dès son entrée à l'urgence et vérifier si elle est connue du CLSC;

- procéder à une évaluation biopsychosociale des besoins de la personne âgée, établir et réaliser un plan d'intervention individualisé par une équipe multidisciplinaire;

- planifier le congé avec le CLSC pour assurer une continuité des services lors du retour à domicile (transmission des données d'évaluation avec l'accord de l'usager);

- mettre en place un mécanisme de liaison avec le guichet unique du CLSC et le cabinet privé de médecins;

- évaluer la personne âgée en vue d'un placement en hébergement après concertation avec le gestionnaire de cas du CLSC, si la personne âgée est connue du CLSC.

Les services gériatriques visent à offrir une évaluation globale de la personne, un plan de traitement et un suivi en milieu hospitalier par une équipe gériatrique interdisciplinaire. Les services sont dispensés soit en interne, soit en externe. Quant aux services psychogériatriques qui sont à développer dans la région, ils visent les personnes souffrant de troubles mentaux et de comportements liés au processus pathologique du vieillissement.

Le **programme de dépistage** des clients de 65 ans et plus à risque de perte d'autonomie est principalement conçu pour être administré à l'urgence. Cependant, il peut également s'appliquer sur les unités de médecine et de chirurgie.

Il vise à diriger, au besoin, le client de façon précoce vers une évaluation gériatrique globale dans le but de suggérer des interventions pour :

- prévenir la détérioration de l'état fonctionnel durant l'hospitalisation;

- prévenir des situations de crises et la morbidité et la mortalité secondaires;

- favoriser le maintien dans le milieu d'origine de façon sécuritaire;

et ainsi diminuer la fréquentation de l'urgence, le recours à l'hospitalisation et l'hébergement permanent.

Il vise à faire connaître, de façon précoce, au réseau de services intégrés, par le biais du guichet unique CLSC, tout client susceptible de nécessiter l'utilisation de services à plus ou moins brève échéance, et ce, afin :

- d'anticiper les besoins et organiser de façon précoce les ressources nécessaires au congé afin d'éviter la prolongation inutile du séjour à l'hôpital ou la réhospitalisation précoce;

- de pouvoir répondre rapidement aux besoins du client au moment nécessaire.
  Le **service interne de consultations gériatriques** est un service de consultations demandées par un médecin à un médecin ayant une compétence en gériatrie en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire en gériatrie visant à :

- offrir une expertise auprès des unités de médecine ou de chirurgie sur l'approche, le diagnostic et le traitement du client gériatrique;

- assurer un service d'évaluation globale gériatrique et un suivi pour les clients non admissibles à l'unité de courte durée gériatrique mais qui bénéficieraient de cette approche ou qui nécessiteraient seulement quelques interventions;

- offrir un service de suivi conjoint sur les soins pré, per et postopératoires des clients d'âge avancé qui doivent subir une intervention chirurgicale (v.g. fracture de hanche, chirurgie abdominale, etc.).

**L'unité de courte durée gériatrique** (UCDG) est une unité d'évaluation, d'investigation, de traitement et de réadaptation brève des clients gériatriques ayant une condition médicale aiguë ou une détérioration de l'état de santé entraînant des incapacités fonctionnelles ou un risque d'incapacité fonctionnelle et nécessitant une hospitalisation de courte durée.

L'unité de courte durée gériatrique vise à :

- préciser les diagnostics et offrir le traitement approprié;

- améliorer l'autonomie fonctionnelle;

- maintenir les capacités fonctionnelles du client à risque durant son séjour à l'hôpital;

- prévenir les complications iatrogéniques auxquelles cette clientèle est susceptible;

- favoriser le retour dans le milieu de vie d'origine;

- informer et orienter le client vers les ressources appropriées au moment du congé et s'assurer qu'il y ait une continuité de services sur les plans biopsychosociaux.

La **clientèle externe d'évaluation gériatrique** consiste en un service externe de consultations médicales en gériatrie et en un service externe d'évaluation/investigation interdisciplinaire pour les clients gériatriques présentant une détérioration de l'état fonctionnel.

La clientèle externe d'évaluation gériatrique vise à :

- répondre aux demandes de consultation en gériatrie;

- préciser les diagnostics amenant la détérioration de l'état fonctionnel;

- recommander un plan d'intervention approprié pour améliorer l'autonomie fonctionnelle et ainsi favoriser le maintien dans le milieu d'origine;

- informer et orienter le client vers les ressources appropriées et s'assurer au moment du congé qu'il y ait référence au guichet unique CLSC;

- sensibiliser les médecins traitants, le client et sa famille aux problématiques liées au vieillissement, aux différentes ressources disponibles ainsi qu'à l'importance des différentes interventions de prévention de situations de crises.

La description détaillée du programme de services gériatriques en CHCD apparaît à l'annexe 4.

### *- Services d'hébergement temporaire des CHSLD*

L'hébergement temporaire consiste à offrir une **ressource d'accueil substitut**, pour une durée limitée dans le temps et dans certaines circonstances, à une personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie vivant à domicile et dépendante d'un tiers pour assurer ses besoins essentiels.

L'hébergement temporaire a pour but de **contribuer au maintien à domicile** des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie le plus longtemps possible, et ce, dans des conditions optimales, en leur offrant de l'hébergement temporaire aux fins de répit, de dépannage ou de convalescence.

L'hébergement temporaire a également pour but de **dispenser des soins palliatifs** à des personnes en phase pré-terminale ou terminale en leur assurant des soins de confort et en leur apportant du réconfort ainsi qu'à leurs proches.

L'usager en hébergement temporaire a un statut d'**admis temporaire** puisqu'il occupe un lit au permis de l'établissement qui est identifié nommément aux fins de l'hébergement temporaire et qui est distinct des lits d'hébergement permanent; cependant, il n'est pas soumis à la contribution des adultes hébergés de façon permanente et son séjour en hébergement temporaire se fait dans l'optique d'un retour à domicile contrairement à l'hébergement permanent.

La ressource d'accueil assure à l'usager admis en hébergement temporaire la continuité des soins que son état requiert pour une période prédéterminée au terme de laquelle s'effectue normalement son retour à domicile.

Au moins quatre motifs peuvent justifier le recours à l'hébergement temporaire :

- le répit;
- le dépannage;
- la convalescence;
- les soins palliatifs.

### *- Hébergement de répit*

L'hébergement de répit vise à accorder un repos aux aidants naturels qui assument la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans des situations prévues d'avance (ex. : périodes de vacances). Les périodes de répit peuvent varier de quelques jours à quelques semaines, mais ne dépassent pas généralement trois semaines; il est à noter que **l'hébergement par alternance** qui consiste à occuper un lit à tour de rôle par quelques personnes âgées qui y sont hébergées à intervalles réguliers (ex. : une semaine aux six semaines) constitue une modalité de l'hébergement de répit.

### *- Hébergement de dépannage*

L'hébergement de dépannage vise à aider temporairement une personne âgée ou un autre adulte en perte d'autonomie qui vit une situation de crise en raison d'un bris temporaire dans son réseau d'aidants naturels (ex. : hospitalisation ou maladie de la personne soutien, situation d'abus ou de menace à l'intégrité physique ou au bien-être psychologique). Durant le séjour en hébergement temporaire, on évaluera la possibilité d'un retour dans le milieu d'origine ou sinon celle d'un changement de milieu de vie.

### *- Hébergement de convalescence*

L'hébergement de convalescence vise à permettre à une personne âgée ou un autre adulte en perte d'autonomie de récupérer progressivement ses forces, suite à une maladie, un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

*- Hébergement de soins palliatifs*

L'hébergement de soins palliatifs vise à héberger une personne en phase terminale ou pré-terminale d'une maladie; compte tenu que le pronostic sur la durée exacte de vie est difficile à établir dans un bon nombre de cas, si la situation de la personne se stabilise, elle pourra être soit retournée à son milieu d'origine, soit transférée dans un lit d'hébergement permanent.

Il appartiendra à chaque territoire de statuer sur les clientèles âgées qui peuvent être admises dans les lits d'hébergement temporaire en spécialisant ceux-ci selon les motifs d'hébergement ou en maintenant une polyvalence dans leur utilisation de façon à répondre le mieux possible aux besoins de la clientèle-cible.

La description détaillée du programme d'hébergement temporaire en CHSLD apparaît à l'annexe 5.

### *7.2.2 Services institutionnels*

L'hébergement permanent consiste à offrir un milieu de vie substitut, de façon permanente, à une personne âgée ou autre adulte en perte d'autonomie qui ne peut plus demeurer dans son milieu de vie naturel, malgré le support de son entourage, et qui nécessite, entre autres, des soins infirmiers et d'assistance à long terme.

Ce milieu de vie substitut assure à la personne hébergée sa protection, son épanouissement, le maintien de sa santé et de ses contacts sociaux et affectifs.

Le milieu de vie substitut peut être un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), une ressource intermédiaire ou une résidence d'accueil (ressource de type familial).

L'hébergement permanent en ressource intermédiaire et en ressource de type familial fait l'objet de cadres de référence spécifiques. La clientèle âgée hébergée dans ces ressources est sous la responsabilité des CHSLD.

L'objectif du programme d'hébergement permanent en CHSLD consiste à offrir un milieu de vie de qualité à la clientèle hébergée et à répondre le mieux possible à ses besoins grâce à des services personnalisés, adaptés et continus, conformément à sa mission.

*- Milieu de vie et milieu de soins*

La Fédération québécoise des CHSLD dans un document intitulé : « Une mission, une vision, une passion » définit le programme d'hébergement et de soins de longue durée comme comportant deux volets, soit le milieu de vie substitut et les soins et services de longue durée.

*- Milieu de vie substitut*

L'objectif du programme « milieu de vie substitut » consiste à voir au bien-être et à la protection de la personne dans un milieu physique adapté à sa situation et à voir à son épanouissement et à son bien-être général.

Le Rapport du groupe d'experts sur les personnes aînées intitulé « Vers un nouvel équilibre des âges » clarifiait la notion de milieu de vie en CHSLD. Ainsi, la qualité de vie est fonction de cinq composantes essentielles qui sont l'identité, le contrôle, l'intimité, la sécurité et le confort.

La Politique de la santé et du bien-être vise comme un de ses objectifs fondamentaux l'intégration sociale des personnes âgées, quel que soit leur milieu de vie.

La ressource d'hébergement est avant tout un **milieu de vie**. À ce titre, elle doit s'assurer que :

- l'on favorise le maintien des liens de l'usager avec sa famille et la communauté;
- l'on garantit le respect des droits des aînés et les moyens de les exercer, tout comme la possibilité de faire valoir leurs droits et leurs besoins;
- l'environnement et les habitudes de vie des usagers de même génération sont reproduits le plus possible plutôt qu'un cadre de vie rigide et institutionnel;
- des services appropriés et de qualité sont disponibles où les ressources thérapeutiques sont accessibles et où un aménagement prothétique est assuré lorsque le besoin se fait sentir;
- l'on contribue au maintien ou à l'amélioration de la qualité de vie des usagers.

La qualité **de vie** dans une ressource d'hébergement comprend les éléments spécifiques suivants :

- l'autonomie comme étant l'individualité, l'indépendance physique, le contrôle sur l'environnement et les aspects de la vie personnelle, la capacité de prendre part à des activités appropriées et significatives;
- la sécurité comme étant la sécurité physique et émotive, le confort, la réponse aux soins requis;
- les relations interpersonnelles comme étant le niveau d'interaction, l'amitié, les relations avec le personnel, l'expression, le respect.

À ce titre, chacun des CHSLD voit à mettre en place un programme de **dépistage des cas d'abus, de violence ou de négligence**, tant dans les relations entre le personnel et les usagers qu'entre les usagers eux-mêmes, en vue de prévenir les situations problématiques et de les corriger rapidement, s'il y a lieu.

Les **services** inclus dans le programme « milieu de vie substitut » sont les suivants :

Gîte personnalisé et adapté
Alimentation
Buanderie
Entretien ménager
Surveillance 24 heures sur 24
Transport adapté
Relations avec la communauté
Activités culturelles et sociales
Animation et loisirs
Pastorale

*- Milieu de soins*

La ressource d'hébergement est également un **milieu de soins**, compte tenu des besoins importants de la clientèle hébergée. L'objectif du programme « soins et services de longue durée » consiste à voir au maintien ou à l'amélioration de la **santé physique et mentale** de la personne. Les **services** inclus dans le programme « soins et services de longue durée » sont les suivants :

Soins d'assistance
Soins infirmiers
Soins médicaux
Services psychosociaux
Psychologie
Physiothérapie
Diététique
Ergothérapie
Thérapie occupationnelle
Inhalothérapie
Orthophonie
Audiologie
Pharmacie

Afin de respecter la personne et de bien répondre à ses besoins, un **équilibre dans l'adéquation entre milieu de vie et milieu de soins** doit être atteint.

En fonction des clientèles admises, **différentes programmations** peuvent être mises en place. La gradation quant à l'intensité des soins et services peut varier en fonction des besoins de la personne et du milieu de dispensation des services.

### *- Programmes spécifiques à certaines clientèles*

Chacun des CHSLD voit à développer des programmes spécifiques visant à répondre aux besoins de clientèles particulières telles :

- la clientèle présentant des pertes d'autonomie importantes sur le plan biologique;
- la clientèle présentant des atteintes cognitives importantes;
- la clientèle présentant des problèmes de comportements importants sur le plan psychosocial;
- la clientèle des adultes de moins de 65 ans;
- la clientèle en soins palliatifs;
- les clientèles particulières :
    - santé mentale,
    - déficience intellectuelle,
    - alcoolisme et toxicomanies,
    - mésadaptation sociale,
    - traumatisés crâniens-cérébraux,
    - sidéens,
    - virage ambulatoire.

L'approche à ces divers programmes spécifiques sera interdisciplinaire. **L'équipe multidisciplinaire** pourra comprendre, selon les cas, le médecin, l'infirmière, l'intervenant social, le psychologue, le physiothérapeute, le technicien en réadaptation physique, l'ergothérapeute, la diététiste, l'inhalothérapeute, l'orthophoniste, l'audiologiste et le pharmacien.

La description détaillée du programme d'hébergement permanent en CHSLD apparaît à l'annexe 6.

**La programmation en hébergement permanent présente une vision souhaitable des milieux d'hébergement qui ne peut être réalisée sans l'apport de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes.**

Le tableau suivant indique la **gamme actuelle** des services spécifiques offerts aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie dans le cadre du réseau de services intégrés ainsi que les dispensateurs de services dans chacun des territoires de CLSC de la région.

TABLEAU 3

GAMME ACTUELLE ET DISPENSATEURS DES SERVICES SPÉCIFIQUES
AUX PERSONNES ÂGÉES ET AUTRES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE (juin 1999)

| SERVICES DISPENSÉS | TERRITOIRE DE CLSC | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | ARTHUR-BUIES | ARGENTEUIL | PAYS-D'EN-HAUT | TROIS VALLÉES | HAUTES-LAURENTIDES |
| Services à domicile | CLSC Thérèse-de-Blainville | CLSC Jean-Olivier-Chénier | CLSC Arthur-Buies | CLSC d'Argenteuil | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | CLSC-CHSLD des Trois Vallées | CLSC des Hautes-Laurentides |
| Services communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires |
| Services externes en CHSLD | CHSLD Drapeau-Deschambault | CHSLD de la Rive et de Mirabel | CHSLD de la Rivière-du-Nord | CH d'Argenteuil | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | - CLSC-CHSLD des Trois Vallées<br>- CH Laurentien | CH et CR Antoine-Labelle |
| Clinique externe en gériatrie | | | CH Hôtel-Dieu | CH d'Argenteuil | | CH Laurentien | |
| Gériatrie de courte durée | | CH St-Eustache | CH Hôtel-Dieu | CH d'Argenteuil | | CH Laurentien | CH et CR Antoine-Labelle |
| Hébergement temporaire | CHSLD Drapeau-Deschambault | - CHSLD de la Rive et de Mirabel<br>- CHSLD Deux-Montagnes | - CHSLD de la Rivière-du-Nord<br>- Villa Soleil | CH d'Argenteuil | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | - CLSC-CHSLD des Trois Vallées<br>- CH Laurentien | - CHSLD Ste-Anne |
| Hébergement permanent | - CHSLD Drapeau-Deschambault<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil | - CHSLD de la Rive et de Mirabel<br>- CHSLD Deux-Montagnes<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil | - CHSLD de la Rivière-du-Nord<br>- Villa Soleil<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil | - CH d'Argenteuil<br>- La Résidence de Lachute<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil | - CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut<br>- Ressources intermédiaires | - CLSC-CHSLD des Trois Vallées<br>- CH Laurentien<br>- Résidences d'accueil | - CHSLD Ste-Anne<br>- CH et CR Antoine-Labelle<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil |

Le tableau suivant indique la **gamme actuelle** des services spécifiques offerts aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie dans le cadre du réseau de services intégrés ainsi que les dispensateurs de services dans chacun des territoires de CLSC de la région.

TABLEAU 3

GAMME ACTUELLE ET DISPENSATEURS DES SERVICES SPÉCIFIQUES
AUX PERSONNES ÂGÉES ET AUTRES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE (juin 1999)

| SERVICES DISPENSÉS | TERRITOIRE DE CLSC | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | ARTHUR-BUIES | ARGENTEUIL | PAYS-D'EN-HAUT | TROIS VALLÉES | HAUTES-LAURENTIDES |
| Services à domicile | CLSC Thérèse-de-Blainville | CLSC Jean-Olivier-Chénier | CLSC Arthur-Buies | CLSC d'Argenteuil | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | CLSC-CHSLD des Trois Vallées | CLSC des Hautes-Laurentides |
| Services communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires | Organismes communautaires |
| Services externes en CHSLD | CHSLD Drapeau-Deschambault | CHSLD de la Rive et de Mirabel | CHSLD de la Rivière-du-Nord | CH d'Argenteuil | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | - CLSC-CHSLD des Trois Vallées<br>- CH Laurentien | CH et CR Antoine-Labelle |
| Clinique externe en gériatrie | | | CH Hôtel-Dieu | CH d'Argenteuil | | CH Laurentien | |
| Gériatrie de courte durée | | CH St-Eustache | CH Hôtel-Dieu | CH d'Argenteuil | | CH Laurentien | CH et CR Antoine-Labelle |
| Hébergement temporaire | CHSLD Drapeau-Deschambault | - CHSLD de la Rive et de Mirabel<br>- CHSLD Deux-Montagnes | - CHSLD de la Rivière-du-Nord<br>- Villa Soleil | CH d'Argenteuil | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | - CLSC-CHSLD des Trois Vallées<br>- CH Laurentien | - CHSLD Ste-Anne |
| Hébergement permanent | - CHSLD Drapeau-Deschambault<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil | - CHSLD de la Rive et de Mirabel<br>- CHSLD Deux-Montagnes<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil | - CHSLD de la Rivière-du-Nord<br>- Villa Soleil<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil | - CH d'Argenteuil<br>- La Résidence de Lachute<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil | - CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut<br>- Ressources intermédiaires | - CLSC-CHSLD des Trois Vallées<br>- CH Laurentien<br>- Résidences d'accueil | - CHSLD Ste-Anne<br>- CH et CR Antoine-Labelle<br>- Ressources intermédiaires<br>- Résidences d'accueil |

## 8. SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi de l'implantation du réseau de services intégrés est assuré à la fois sur une base régionale et locale.

Le suivi de l'implantation du réseau de services intégrés est assuré **régionalement** par le comité composé des présidents des comités de coordination de la région et de représentants de la Régie régionale.

Le comité régional se réunit régulièrement pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs s'il y a lieu. Il peut s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin.

Il assure une évaluation périodique de la performance du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie sur une base régionale afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience.

Le suivi de l'implantation du réseau de services intégrés est assuré **localement** par le comité de coordination du territoire concerné.

Le comité de coordination de chaque territoire se réunit régulièrement pour prendre connaissance des indicateurs de suivi et proposer des correctifs, s'il y a lieu. Il peut s'adjoindre d'autres personnes-ressources au besoin.

Il assure une évaluation périodique de la performance du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie sur une base locale afin d'en mesurer l'efficacité et l'efficience.

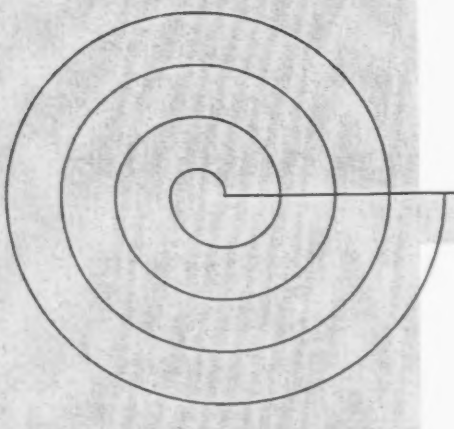
Les comités d'experts qui ont élaboré la programmation régionale de chaque secteur se réunissent au moins deux fois l'an pour assurer un suivi à l'aide d'indicateurs de mesure et proposer des ajustements, s'il y a lieu.

## 9. CONCLUSION

Dans le contexte du vieillissement de la population, il devient donc impérieux de compléter, dans la région des Laurentides, le réseau de services intégrés pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

Un réseau intégré suppose une continuité et une complémentarité entre les différentes instances concernées : guichet unique et services de soutien à domicile des CLSC, cabinets privés de médecins, résidences privées d'hébergement, services externes des CHSLD, services gériatriques des CHCD, services d'hébergement temporaire et permanent des CHSLD, organismes communautaires.

Le réseau de services intégrés permet ainsi d'assurer à la bonne personne, le bon service, au bon moment, avec la bonne ressource.



# Bibliographie

# BIBLIOGRAPHIE


ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Pour mieux travailler ensemble : une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et de services,* 1995.

BERGMAN, H., BÉLAND, F. et autres, *Système global de soins intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie*, septembre 1995.

CENTRE DE RECHERCHE EN GÉRONTOLOGIE ET GÉRIATRIE, *Évaluation clinique et estimation des coûts des services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile et en institutions d'hébergement*, octobre 1996.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CHSLD ; FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Pour une complémentarité et une continuité des services offerts par les CHSLD et les CLSC à la clientèle à domicile*, document de travail, février 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Lignes directrices pour les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, novembre 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, GROUPE TACTIQUE D'INTERVENTION, *Organisation des services ambulatoires*, novembre 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pistes de solutions pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie*, novembre 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie*, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles*, février 1994.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Plan régional d'organisation de services aux personnes aînées*, novembre 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS, *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs*, 1997.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Plan régional d'organisation de services pour les adultes à profil gériatrique et les personnes âgées*, août 1993.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Réseau de services intégrés aux adultes en perte d'autonomie*, mai 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL ; GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, ET DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Projet de complémentarité des soins et des services en première ligne pour les personnes âgées vulnérables de Laval*, octobre 1997.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, *Vers un réseau intégré de soins et de services pour les personnes âgées*, février 1997.

## *Processus de guichet unique des CLSC*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Continuum de services aux personnes âgées, le CLSC : guichet unique d'accès aux services de longue durée*, 1996.

## *Programme de soutien à domicile en CLSC*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services à domicile de première ligne; cadre de référence*, 1995.

## Programme de services externes en CHSLD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'hôpital de jour*, 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services en centre de jour*, 1986.

## Programme de services gériatriques en CHCD

ARCAND-HÉBERT, *Précis pratique de gériatrie*, Edisem Inc., 1997.

CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME, *Programme de soins et services pour les personnes âgées à profil gériatrique*, septembre 1995.

GERMAIN, M. « Syndromes gériatriques : dépistage à la salle d'urgence », *Le Médecin du Québec*, mai 1997, p. 99 à 102.

KERGOAT, M.-J., LATOUR, J. et autres, *Les unités d'évaluation gériatrique : le modèle québécois en milieu urbain, deux études de cas, L'année gérontologique* 1996, p. 43 à 61.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, *Services gériatriques externes et ambulatoires et lits polyvalents de gériatrie, Orientations*, mars 1996.

## Programme d'hébergement temporaire en CHSLD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services d'hébergement temporaire pour les personnes âgées*, 1995.

## Programme d'hébergement permanent en CHSLD


ACHAP, CQCHR, FQCHSLD, *Politiques et procédures en CHSLD, Guide d'élaboration, Orientation qualité*, 1994.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Les comportements dysfonctionnels et perturbateurs chez la personne âgée : de la réflexion à l'action, Approche prothétique élargie*, 1998.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ, *Normes à l'intention des établissements d'hébergement et de soins de longue durée ; Une approche centrée sur le client*, 1996.

DUBÉ, M. ET LEMIEUX, C., *Personnes âgées atteintes de déficits cognitifs, Manuel d'intervention*, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières, avec la collaboration du Regroupement Cloutier-du Rivage, 1998.

ÉQUIPE DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ, *L'orientation du bénéficiaire dans le réseau, CTMSP*, 1982.

ÉQUIPE DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ, UNIVERSITÉ DE *MONTRÉAL, Planification informatisée des soins infirmiers requis, PLAISIR*, Manuel de référence, 1993.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CHSLD, *Les CHSLD : une mission, une vision, une passion*, 1995.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, *Révision de la programmation en CHSLD, Recommandations et pistes de solutions*, janvier 1997.


## Données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques


*Enquête sociale et de santé*, 1992-1993.

*Enquête sur la santé et sur les limitations d'activités, (ESLA)*, 1991.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Fichier des décès*, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projections de population*, juin 1995.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Tableau de bord sur la défavorisation*, 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Tableau de bord sur la gériatrie*, Info-Centre, 1998.

## *Processus de guichet unique des CLSC*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Continuum de services aux personnes âgées, le CLSC : guichet unique d'accès aux services de longue durée*, 1996.

## *Programme de soutien à domicile en CLSC*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services à domicile de première ligne; cadre de référence*, 1995.

## Programme de services externes en CHSLD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'hôpital de jour*, 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services en centre de jour*, 1986.

## Programme de services gériatriques en CHCD

ARCAND-HÉBERT, *Précis pratique de gériatrie*, Edisem Inc., 1997.

CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME, *Programme de soins et services pour les personnes âgées à profil gériatrique*, septembre 1995.

GERMAIN, M. « Syndromes gériatriques : dépistage à la salle d'urgence », *Le Médecin du Québec*, mai 1997, p. 99 à 102.

KERGOAT, M.-J., LATOUR, J. et autres, *Les unités d'évaluation gériatrique : le modèle québécois en milieu urbain, deux études de cas, L'année gérontologique* 1996, p. 43 à 61.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, *Services gériatriques externes et ambulatoires et lits polyvalents de gériatrie, Orientations*, mars 1996.

## Programme d'hébergement temporaire en CHSLD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services d'hébergement temporaire pour les personnes âgées*, 1995.

## Programme d'hébergement permanent en CHSLD

ACHAP, CQCHR, FQCHSLD, *Politiques et procédures en CHSLD, Guide d'élaboration, Orientation qualité*, 1994.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Les comportements dysfonctionnels et perturbateurs chez la personne âgée : de la réflexion à l'action, Approche prothétique élargie*, 1998.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ, *Normes à l'intention des établissements d'hébergement et de soins de longue durée ; Une approche centrée sur le client*, 1996.

DUBÉ, M. ET LEMIEUX, C., *Personnes âgées atteintes de déficits cognitifs, Manuel d'intervention*, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières, avec la collaboration du Regroupement Cloutier-du Rivage, 1998.

ÉQUIPE DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ, *L'orientation du bénéficiaire dans le réseau, CTMSP*, 1982.

ÉQUIPE DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Planification informatisée des soins infirmiers requis, PLAISIR*, Manuel de référence, 1993.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CHSLD, *Les CHSLD : une mission, une vision, une passion*, 1995.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, *Révision de la programmation en CHSLD, Recommandations et pistes de solutions*, janvier 1997.

## Données démographiques, sociosanitaires et socio-économiques

*Enquête sociale et de santé* , 1992-1993.

*Enquête sur la santé et sur les limitations d'activités, (ESLA)*, 1991.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Fichier des décès*, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projections de population*, juin 1995.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Tableau de bord sur la défavorisation*, 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Tableau de bord sur la gériatrie*, Info-Centre, 1998.